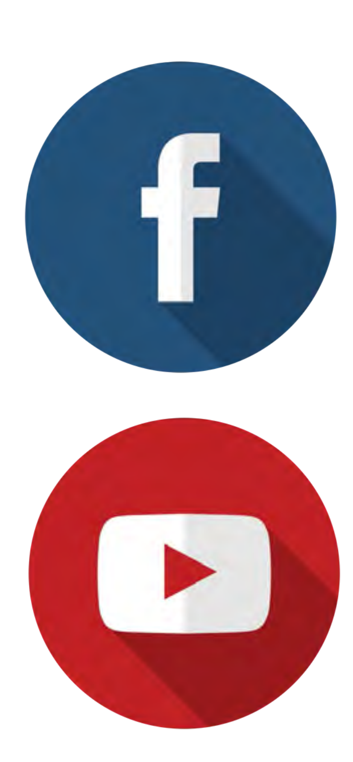
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Diagnostic des Ictères

D. Lounis
Service de Médecine Interne
CHU HCA

Les ictères



Définition : Coloration jaune des téguments et des muqueuses

*Ictère souvent multifactoriel.

*Nécessité d'un diagnostic rapide.

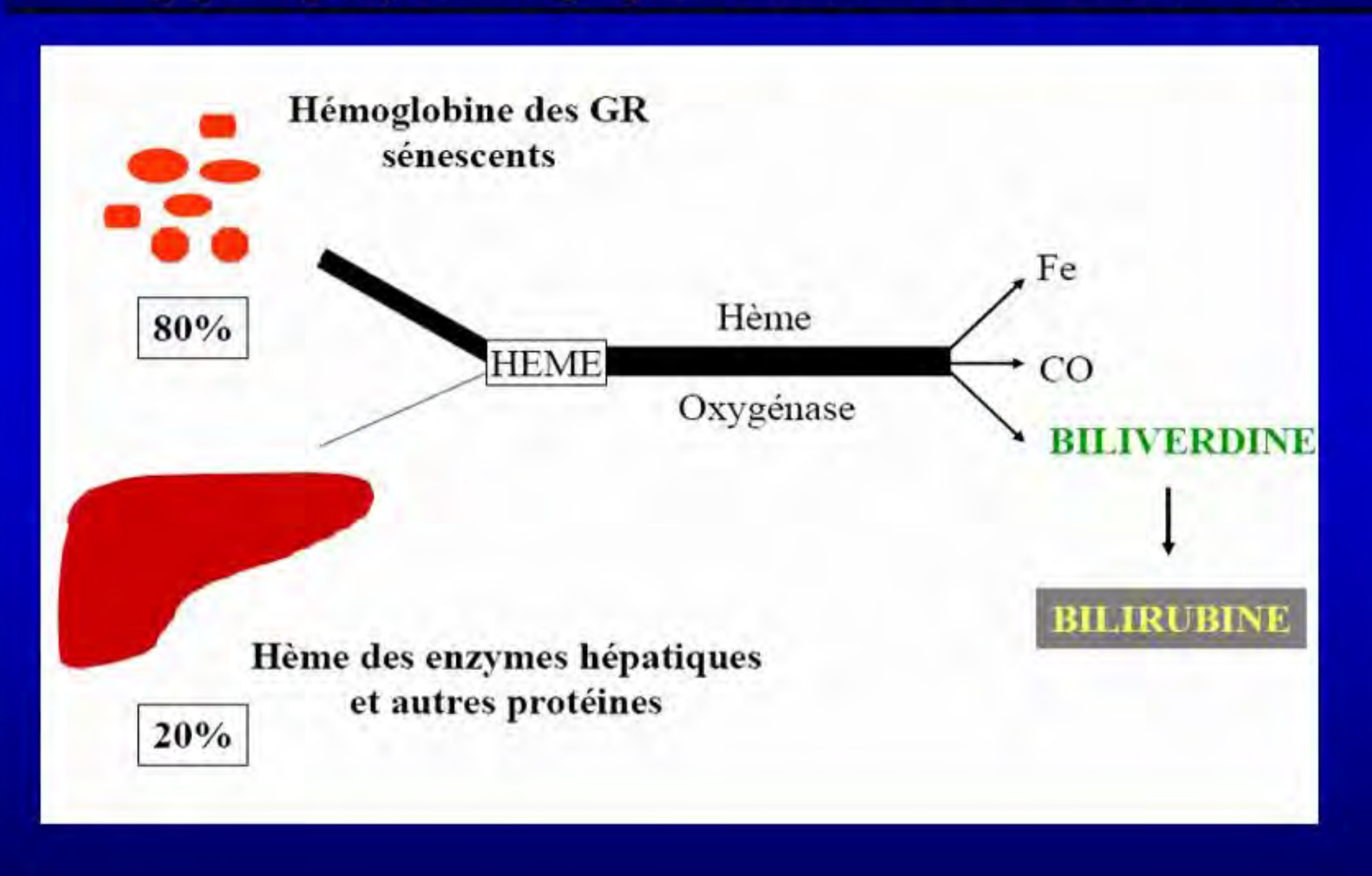
*Biologique.

*Echographie abdominale +++

*Evoquer l'hépatite médicamenteuse.

Les ictères

Rappel physiologique: origine des GR (120j)



Les ictères

Rappel physiologique: devenir de la bilirubine

*Epuration au niveau du foie.

- Transport au niveau sanguin (liée à l'albumine).
- Captation hépatique (1/2 vie = 18 Mn).
- Conjugaison (microsome).
- Excrétion biliaire (canaux biliaires).
- Devenir intestinal (Enz. Bact. → urobilinogène).

Les ictères

Propriété physico-chimique de la bilirubine:

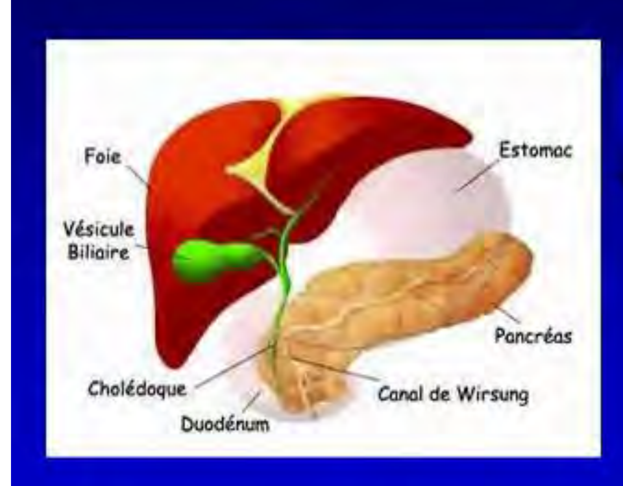
- Bilirubine conjugué est hydrosoluble = B. direct.
- Bilirubine libre est liposoluble = B. indirect.



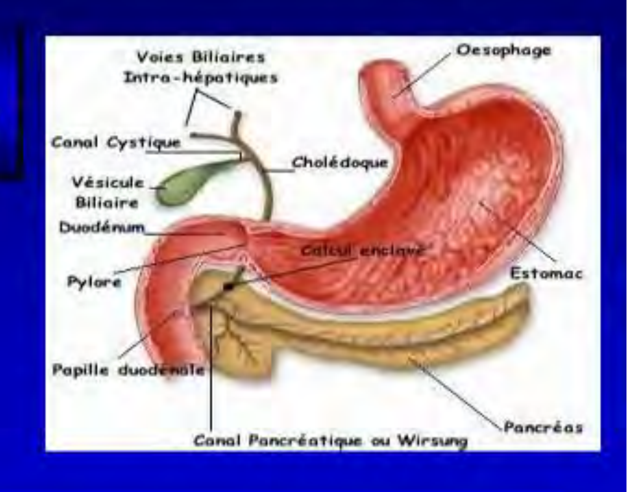
Les ictères

Physiopathologie des ictères (1):

- Augmentation de la production de la Bilirubine.
- Défaut du métabolisme de la bilirubine.
  - * défaut de conjugaison (déficit enzym.):
    - Criggler-Najjar (Déf. Total).
    - Gilbert (Déf. Partiel).
    - Médicamenteuse (inhibition de l'Enz.).
  - * défaut de l'excrétion.
    - Dubin Johnson et Sd de Rotor (héréd.)
    - Hépatites virales (acquis).



Les ictères



Physiopathologie des ictères (2):

- Anomalie de l'évacuation de la bile (choléstase):
  * canalicules biliaires (choéstase intra-hépatique).
    - Hépatites virales et médicamenteuses.
  * voies biliaires extra-hépatique (cholédoque).
    - Obstacle intracholédocien (calcul).
    - Compression (Kc pancréas).

Les ictères

Physiopathologie des ictères (selon le mécanisme):

- Ictères pré-hépatiques (hyperproduction Bilir.):
  * Ictères hémolytiques (B. Libre +++).
- Ictères hépatiques (anomalie du métabolisme Bilir.):
  * Anomalies de la conjugaison (G-N et Gilbert).
  * Anomalies de l'excrétion (cirrhoses, HV).
  * Cholestase intra-hépatique (cirrhoses, HV).
- Ictères post-hépatiques (cholestase extra hépatique).



Diagnostic positif

1. **Ictère discret ou subictère:** Bilirubine totale (15 - 30 Mg/l).

2. **Ictère franc:** couleur jaune safran (BT > à 30 Mg/l).



3. **Ictère très intense:** bronze florentin (BT: 300 et 400 Mg/l).



Diagnostic positif

1. Interrogatoire

Antécédents et/ou terrain : âge, notion de lithiase biliaire, prise médicamenteuse, antécédents de transfusion.

2. Mode de vie

Alcoolisme chronique, professions exposées, toxicomanie, homosexualité, voyages en zone d'endémie.

3. Mode d'installation de l'ictère

Ictère nu ou accompagné d'une altération de l'état général, récidivant ou progressif, fièvre, prurit, douleurs, urines foncées et de selles décolorées, phase pré-ictérique avec céphalées, douleurs articulaires et troubles digestifs.

Diagnostic positif

4. Examen clinique

- pâleur, OMI, angiomes stellaires
- insuffisance hépatocellulaire
- hypertension portale, ascite, circulation veineuse col.
- hépatomégalie, splénomégalie
- manœuvre de Murphy
- grosse vésicule
- masse intra-abdominale
- hémorragie digestive (toucher rectal)

Diagnostic positif

5. Examens biologiques

- NFS, plaquettes
- bilirubine totale et conjuguée
- transaminases, phosphatases alcalines, gamma-GT
- marqueurs viraux des hépatites A, B et C

Diagnostic positif

6. Examens morphologiques

***ASP :** peu performant (lithiase ou calcifications pancréatiques).

***échographie abdominale +++ :**

- le premier examen à réaliser
- mise en évidence une dilatation des voies biliaires
- affirmant l'origine rétentionnelle de l'ictère.
- étude morphologique loco-régionale (foie, vésicule, pancréas, adénopathies).

Diagnostic positif

*tomodensitométrie abdominale :

-sensibilité ? échographie

- uniquement utilisée pour préciser un éventuel cancer du pancréas.

*cholangiographie rétrograde endoscopique :

- taux de réussite 90-95 %
- opacification des voies biliaires par la papille et du canal de wirsung
- prélude à une sphinctérotomie endoscopique permettant l'extraction des calculs choledociens ou à une intubation par prothèse transtumorale.

Diagnostic positif

*écho-endoscopie bilio-pancréatique :

- microlithiase biliaire
- extension des tumeurs
- recherche d'adénopathies.

*bili-IRM : explore les voies biliaires intra et extra hépathique. Moins sensible pour le diagnostic de la microlithiase.

Diagnostic positif

*cholangiographie trans-hépatique percutanée :

- facile que si dilatation des voies biliaires intra-hépatiques
- permet drainage biliaire et parfois drainage trans-tumoral (tumeur du hile).

*PBF :

- pratiquée par voie trans-pariétale ou trans-jugulaire
- après avoir éliminé une dilatation des voies biliaires
- diagnostic étiologique : cholestase intra-hépatique

Diagnostic étiologique

1. Ictère à bilirubine conjuguée par atteinte extra-hépatique

1.1. Tumeurs des voies biliaires extra-hépatiques

*cancer de la tête du pancréas :

- ictère bronze florentin, urines foncées, selles décolorées
- altération de l'état général
- cholestase majeure précédée de troubles dyspeptiques
- hépatomégalie de cholestase
- grosse vésicule palpable sans Murphy

Diagnostic étiologique

*ampullome vatérien :

- symptomatologie = cancer de la tête du pancréas ou tableau angiocholitique
- hémorragie digestive extériorisée sous forme de mélaena
- importance de la cholangiographie rétrograde.

*cancer de la vésicule biliaire

Diagnostic étiologique

1.2. Tumeurs des voies biliaires intra-hépatiques

* cholangiocarcinome :

- ictère d'installation progressive et tardive
- ± anomalie congénitale de la voie biliaire principale ou cholangite sclérosante primitive
- diagnostic par la cholangiographie rétrograde, l'échoendoscopie, voire la Bili-IRM .

*cancer du hile hépatique :

- ictère d'installation progressive précédé d'un prurit
- hépatomégalie sans grosse vésicule

Diagnostic étiologique

1.3. Tumeurs intra-hépatiques:

*cancer primitif du foie.

*métastases hépatiques.

1.4. Obstacles secondaires à une pathologie non tumorale

*lithiase de la voie biliaire principale :

- antécédents de colique hépatique
    - triade : douleurs-fièvre-ictère en moins de 72H

Diagnostic étiologique

* lésions inflammatoires :
  - sténose cicatricielle de la voie biliaire
  - cholangite sclérosante accompagnant une colite inflammatoire
  - pancréatite chronique
  - localisations intra-hépatiques : hémopathies, granulomatose, dystomatose, hydatidose, amylose

Diagnostic étiologique

2. Ictère à bilirubine conjuguée par atteinte hépatique

- hépatites virales A, B, C, D, E
- hépatite alcoolique aiguë
- hépatites médicamenteuses
- cirrhoses
- cirrhose biliaire primitive
- cholestase récurrente bénigne
- maladie de Dubbin-Johnson

Hépatites médicamenteuses

Classe	Cytolytique	cholestatique	Mixte
Anesthésique	Halothane isoflurane		
Psychotropes anticonvulsivant	Phénytoine valproate	chlorpromazine	Halopéridol Diazépam carbamazépine
AINS/antalgique	Aspirine Paracétamol allopurinol		AINS
Antibiotiques	Isoniazide Kétoconazole flucytosine	Erythromycine Amoxicilline Ac Clavulanique Ac Fusique	Cotrimoxazole
Anti HTA	Vérapamil α Méthyl dopa		
Divers	Furosémide Amiodarone ranitidine		

Diagnostic étiologique

3. Diagnostic étiologique des ictères à bilirubine non conjuguée.

3.1. Ictère hémolytique

Anémie hémolytique constitutionnelle ou acquise, fortement régénérative

Diagnostic étiologique

3.2. Ictère non hémolytique

*Maladie de Gilbert : diminution de l'activité de l'UDP glucuronyl-transférase,

- maladie fréquente (2 %)
- transmission autosomique dominante
- latence clinique ou ictère d'intensité modérée
- examen clinique normal
- diagnostic : augmentation isolée de la bilirubine non conjuguée

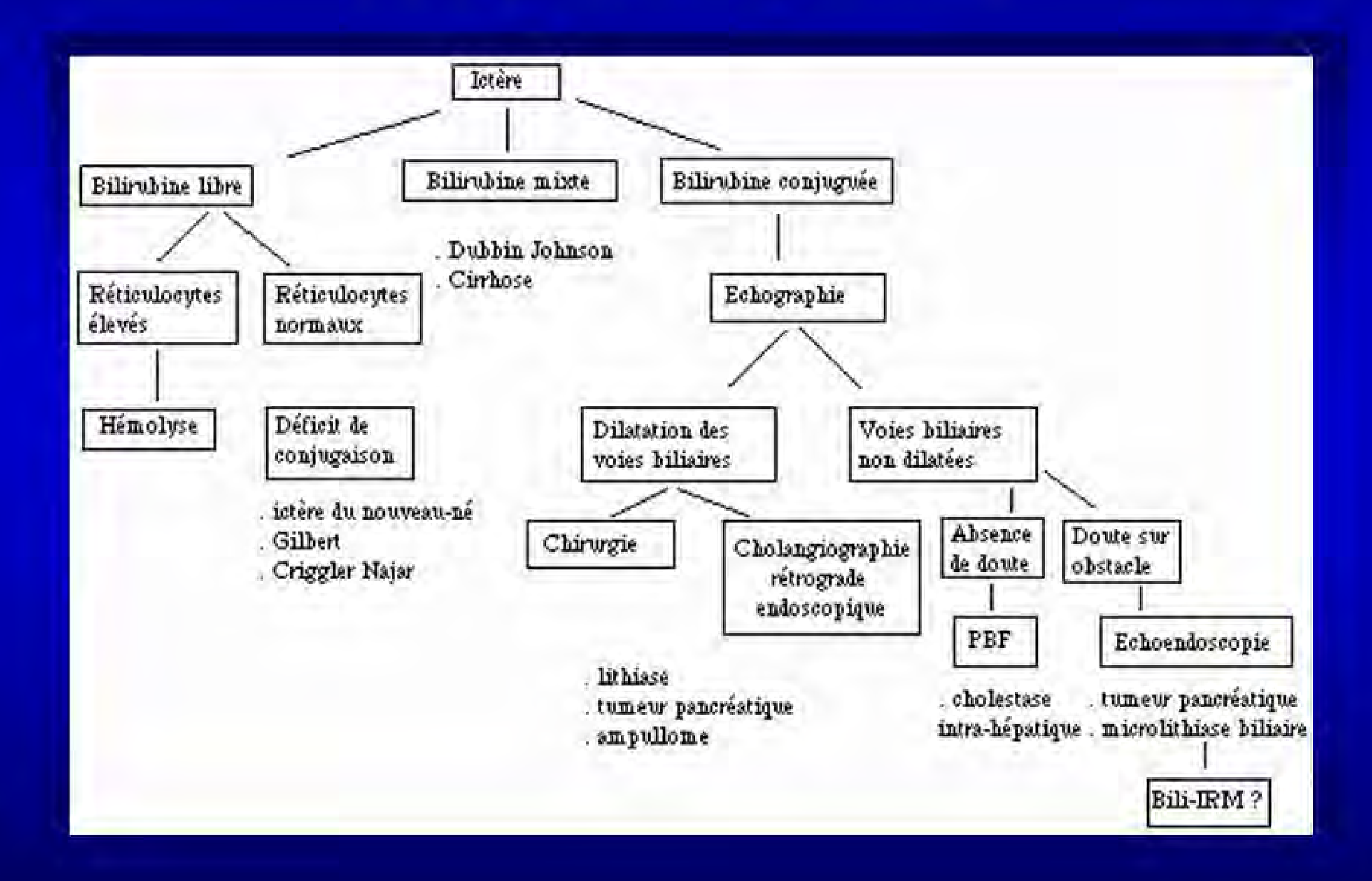
Diagnostic étiologique

*Maladie de Criggeer-Najar : transmission autosomique récessive.

- déficit total en glucuronyl-transférase
- ictère d'évolution croissante
- risque d'encéphalopathie bilirubinémique.

*Ictère du nouveau-né : lié à une immaturité des processus de captation et de conjugaison de la bilirubine.

Diagnostic positif



Merci

Conclusion

-Les ictères se différencient en ictères à bilirubine non conjugués représentés essentiellement par la Maladie de Gilbert dues à un déficit génétique de l'enzyme conjuguant la bilirubine et les hyper hémolyses, et les ictères à bilirubine conjugués. Parmi les ictères à bilirubine conjuguée on distingue les ictères liés à une hépatopathie sans dilatation de la voie biliaire principale (hépatite virale, auto immune, cirrhose, hépatopathie métabolique), et ceux liés à un obstacle sur la voie biliaire principale avec dilatation de celle-ci en échographie dont les principales causes sont la lithiase de la voie biliaire principale et le cancer de la tête et du pancréas.

-En cas d'ictère par cholestase avec urines foncées et sels décolorées, après le bilan biologique, il convient d'effectuer une échographie abdominale pour préciser la nature hépatique ou extra hépatique de l'ictère puis des examens morphologiques sont nécessaires comme la TDM abdominale, l'échoendoscopie bilio pancréatique, voire le cathétérisme rétrograde ou la bili iRM.

-Le cathétérisme rétrograde est utile si un geste thérapeutique doit être effectué